



MINISTÉRIO DA ECONOMIA

Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital
Secretaria de Gestão e Desempenho de Pessoal
Departamento de Remuneração, Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho
Coordenação-Geral de Remuneração e Benefícios

**CONVÊNIO POR ADESÃO Nº 001/2022 QUE ENTRE SI
CELEBRAM A UNIÃO, POR INTERMÉDIO
DO MINISTÉRIO DA ECONOMIA, REPRESENTADO
PELO ÓRGÃO CENTRAL DO SISTEMA DE PESSOAL
CIVIL DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL - SIPEC, NA
CONDIÇÃO DE PATROCINADOR, E A FUNDAÇÃO
ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA
FAZENDA – ASSEFAZ.**

A UNIÃO, por intermédio do MINISTÉRIO DA ECONOMIA, pessoa jurídica de direito público, (natureza jurídica do Órgão), inscrita no CNPJ sob o número 00.394.460/0001-41, com sede na Esplanada dos Ministérios, Bloco C, 7º andar, CEP , Brasília, Distrito Federal, por meio do Órgão central do Sistema de Pessoal Civil da Administração Federal - SIPEC, representado(a) pelo(a) Secretário de Gestão e Desempenho de Pessoal Substituto, da Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital, deste Ministério, Senhor(a) FÁBIO TEIZO BELO DA SILVA, brasileiro, solteiro, Procurador do Estado de São Paulo, portador(a) da cédula de identidade RG 21934475 SSP/SP e inscrito(a) no CPF sob o número 262.951.698-99, matrícula siape 3124468, Secretário Adjunto, respectivamente, de acordo com suas atribuições regimentais, doravante denominado(a) simplesmente PATROCINADOR e a FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO DA FAZENDA – ASSEFAZ, pessoa jurídica de direito privado, sem finalidade lucrativa, que opera planos privados de assistência à saúde, com registro na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS sob o número 34.692-6, classificada na modalidade autogestão sem mantenedor, multipatrocinada, inscrita no CNPJ sob o número 00.628.107/0001-89, situada no Setor Comercial Sul, Quadra 04, Bloco A, Edifício ASSEFAZ, Brasília/DF, CEP N.º 70.304-908, doravante denominada ASSEFAZ, neste ato representada por sua Diretora-Presidente, Senhora GILDENORA BATISTA DANTAS MILHOMEM, portadora da cédula de identidade RG N.º 764269 – SSP/DF e do CPF N.º 368.724.071-15, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO DE ADESÃO, sujeitando-se especialmente à Lei N.º 9.656, de 03 de junho de 1998 e seus regulamentos, bem como à Lei N.º 8.666, de 21 de junho de 1993, o art. 230 da Lei nº 8.112/1990, com redação dada pela Lei nº 11.302, de 10 de maio de 2006, Decreto nº 4.978, de 03 de fevereiro de 2004, com redação dada pelo Decreto nº 11.115, de 30/06/2022, no que couber, à Resolução Normativa ANS N.º 137, de 14 de novembro de 2006, à Resolução Normativa ANS N.º 259, de 17 de junho de 2011, Resolução Normativa ANS N.º 412, de 10 de novembro de 2016, Resolução Normativa ANS N.º 148, de 3 de março de 2007, à Resolução Normativa ANS N.º 195, de 14 de julho de 2009, e suas alterações, e à Portaria Normativa Nº 1, de 9 março de 2017, bem como ao Estatuto, Regimento Interno e Regulamentos da ASSEFAZ, na forma das cláusulas seguintes:

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Convênio por Adesão tem por objeto a prestação de assistência à saúde suplementar aos servidores e empregados do PATROCINADOR, ativos ou inativos, e seus respectivos dependentes e agregados do grupo familiar definidos, bem como aos pensionistas, na forma da Portaria Normativa nº 1, de 9 março de 2017, ral do SIPEC, proporcionando possibilidade de ingresso aos Planos de Saúde da ASSEFAZ, com adesão espontânea e opcional.

Parágrafo primeiro - Este convênio abrange todos os órgãos da administração pública direta federal, podendo haver adesão por termo pelas autarquias e fundações públicas federais.

Parágrafo segundo - Os planos ofertados são registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS com área de abrangência geográfica nacional, respeitando os limites da Resolução Normativa N.º 259, de 17 de junho de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, taxativamente previsto na resolução normativa vigente, que estabelece e atualiza rol de procedimento e eventos em saúde e a cobertura assistencial obrigatória.

Parágrafo terceiro – Poderão ser ofertados novos planos de saúde pela ASSEFAZ, além dos inicialmente disponibilizados no presente Convênio, bem como poderão ser realizadas outras eventuais alterações, mediante a autorização expressa da Secretaria de Gestão e Desempenho de Pessoal, desde que em conformidade com a legislação vigente e com os normativos da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Parágrafo quarto – Os beneficiários inscritos nos planos ofertados para ASSEFAZ poderão optar por mudar para outros planos oferecidos pela ASSEFAZ, dentre aqueles descritos na cláusula primeira deste contrato, devendo observar as condições propostas no regulamento do novo plano escolhido.

Parágrafo quinto. Eventuais ajustes realizados durante a execução do objeto integrarão o Plano de Trabalho, desde que não haja alteração do objeto e sejam submetidos e aprovados previamente pela autoridade competente do PATROCINADOR.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DOS BENEFICIÁRIOS E SUA CONDIÇÃO PARA ADMISSÃO

São considerados beneficiários para efeito deste Convênio, os titulares e seu grupo familiar definido, conforme previsto neste Instrumento Jurídico.

Parágrafo primeiro – A inscrição dos beneficiários é voluntária e facultativa e será efetivada por meio de instrumento específico, a ser disponibilizado pela ASSEFAZ ou pelo Patrocinador.

Parágrafo segundo – Podem aderir aos planos oferecidos pela Assefaz como titulares:

- I. servidores públicos e empregados ativos do PATROCINADOR, enquanto durar o vínculo funcional ou empregatício com o órgão da patrocinadora;
- II. servidores públicos e empregados aposentados do PATROCINADOR, enquanto permanecer na folha de pagamento com órgão da patrocinadora;
- III. ocupante de cargo em comissão, com ou sem vínculo efetivo com o PATROCINADOR, enquanto permanecer no exercício do respectivo cargo;

Parágrafo terceiro - Poderão ser inscritos como beneficiários dependentes do titular, nos planos de saúde ASSEFAZ:

- I. o cônjuge, o companheiro ou companheira na união estável, obedecidos os critérios adotados para o reconhecimento da união estável;
- II. a pessoa separada judicialmente, divorciada ou que teve a sua união estável reconhecida e dissolvida judicialmente, com percepção de pensão alimentícia;
- III. os filhos e enteados até a data em que completarem 21 (vinte e um) anos de idade ou, se inválidos, enquanto durar a invalidez;
- IV. os filhos e enteados, entre 21 (vinte e um) e 24 (vinte e quatro) anos de idade, dependentes economicamente do titular e estudantes de curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação;
- V. menor sob guarda ou tutela concedidas por decisão judicial, enquanto permanecer nessa condição.

Parágrafo quarto - A existência de dependente constante nos incisos I do parágrafo quarto exclui a possibilidade de inscrição do dependente prevista no inciso II do mesmo parágrafo, salvo por decisão judicial.

Parágrafo quinto - Poderão ser inscritos como agregados do beneficiário titular nos planos de saúde ASSEFAZ, a qualquer tempo, grupo familiar até o quarto grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro dos beneficiários descritos nas alíneas anteriores.

Parágrafo sexto – O ingresso dos dependentes e agregados definidos nos parágrafos quarto e sexto, dependerá da participação do beneficiário titular.

Parágrafo sétimo - Os beneficiários titulares poderão incluir seus dependentes e agregados em planos diferentes do seu, devendo serem observadas as condições expressas no regulamento específico do produto.

Parágrafo oitavo - A permanência especial no plano de exonerados e demitidos sem justa causa, bem como de aposentados que perderem o vínculo com o PATROCINADOR obedecerá aos ditames da Lei Nº 9.656/98 e às Resoluções Normativas vigentes da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Parágrafo nono – Ao servidor demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para os planos da ASSEFAZ é assegurado, em decorrência de seu vínculo empregatício ou estatutário, o direito de manter sua qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho/vínculo estatutário, desde que assuma o seu pagamento integral, pelo período de manutenção referente a 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os planos de saúde da ASSEFAZ, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses, mesmo após o rompimento do vínculo com o PATROCINADOR, desde que:

- I. assuma o pagamento integral do plano;
- II. não tenha requerido exoneração;
- III. não tenha sido demitido do órgão;
- IV. não tenha rompido seu vínculo por motivo semelhante a punição; e
- V. não tenha ingressado em Programa de Desligamento Voluntário – PDV, instituído pela Lei nº 9.468, de 10 de julho de 1997 e suas posteriores alterações.

Parágrafo décimo - Ao EMPREGADO aposentado que contribuiu para os planos da ASSEFAZ, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, é assegurado, em decorrência de seu vínculo empregatício ou estatutário, o direito de manter sua qualidade de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo décimo primeiro - Nos casos em que o empregado aposentado contribuir pelo período inferior a 10 (dez) anos, fica assegurado, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo décimo segundo - O servidores ativos e aposentados, os pensionistas e os empregados públicos ativos ou aposentados vinculados ao PATROCINADOR poderão optar pela adesão a qualquer plano de saúde na modalidade coletivo empresarial da ASSEFAZ, constantes na cláusula primeira, ofertado por meio do presente convênio, considerando que todos estão em conformidade com as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Parágrafo décimo terceiro - Após o falecimento do Titular do qual seja Dependente, o pensionista deverá solicitar nova inscrição em Plano de Saúde oferecido pela ASSEFAZ, mediante opção a ser efetivada junto à PATROCINADORA.

Parágrafo décimo quarto - Poderá inscrever-se no plano, o pensionista, enquanto permanecer incluído na folha de pagamento nos órgãos da PATROCINADORA.

Parágrafo décimo quinto - Em nenhuma hipótese poderá qualquer beneficiário usufruir mais de um plano de assistência à saúde custeado, mesmo que parcialmente, com recursos provenientes dos Orçamentos da PATROCINADORA.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DO CANCELAMENTO, DA EXCLUSÃO E DO REINGRESSO

O cancelamento de qualquer beneficiário conveniado no plano de assistência à saúde de que trata o presente Convênio é voluntário, e deverão ser respeitadas por todas as partes, as disposições da Resolução Normativa N.º 412, de 10 de novembro de 2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS

Parágrafo primeiro - O beneficiário titular poderá solicitar ao PATROCINADOR, por qualquer meio, a sua exclusão ou a de seus dependentes do contrato de plano de saúde coletivo empresarial, conforme legislação vigente, devendo observar os seguintes procedimentos:

I. O PATROCINADOR notificará a ASSEFAZ em até 30 (trinta) dias. A partir de então, a ASSEFAZ será responsável pela adoção das providências cabíveis ao processamento da exclusão.

II. Expirado o prazo disposto no item I deste parágrafo sem que o PATROCINADOR tenha providenciado a comunicação de exclusão do beneficiário à ASSEFAZ, o beneficiário titular poderá solicitar a exclusão diretamente à ASSEFAZ.

Parágrafo segundo – As solicitações de cancelamentos e/ou exclusões poderão ser realizadas por intermédio de sistema vinculado e autorizado pelo PATROCINADOR, ou, expirado o prazo disposto no inciso II, diretamente com a Assefaz.

Parágrafo terceiro – As solicitações de cancelamento ou de exclusão, terão efeito imediato, a partir da ciência pela ASSEFAZ, desde que cumpridos os requisitos previstos no Artigo 7º da Resolução Normativa N. 412, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. O cancelamento, exclusão ou suspensão dos planos da assistência à saúde de que trata o presente Convênio ocorrerá nas seguintes situações:

I. suspensão de remuneração ou proventos, mesmo que temporariamente;

II. exoneração ou dispensa do cargo ou emprego;

III. redistribuição do cargo a outro órgão ou entidade não coberto pelo respectivo plano;

IV. licença sem remuneração;

V. decisão administrativa ou judicial;

VI. fraude;

VII. inadimplência de eventual coparticipação ou contribuição, por período superior a 50 (cinquenta) dias, desde que notificado com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência do cancelamento;

VIII. por perda dos vínculos do beneficiário titular com o PATROCINADOR, ou de dependência, ressalvado o disposto nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998;

IX. por óbito do beneficiário titular, dependente, pensionista ou do agregado, integrante do Grupo Familiar;

X. a pedido do beneficiário titular ou do pensionista, a qualquer tempo;

XI. por iniciativa da ASSEFAZ, devido a não observância ao Estatuto e Regimento da ASSEFAZ e desde que comunicado previamente ao PATROCINADOR ou beneficiário titular, no prazo de 60 (sessenta) dias; e

XII. outras situações previstas em lei, normativos da saúde suplementar e no regulamento do plano.

Parágrafo quarto - O cancelamento da inscrição de beneficiários não desobriga o responsável financeiro a honrar o pagamento das contribuições devidas e não liquidadas até a data do cancelamento, bem como, as despesas de coparticipação na utilização dos serviços, ficando sujeito à aplicação das medidas legais cabíveis, caso não haja a quitação dos débitos.

Parágrafo quinto - As despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, serão de inteira responsabilidade do beneficiário titular.

Parágrafo sexto - Ao solicitar a portabilidade de carências, o beneficiário deverá solicitar o cancelamento do seu vínculo com seu plano de origem no prazo de 5 (cinco) dias a partir da data do início da vigência do

seu vínculo com o plano de destino, respeitando-se os termos da Resolução Normativa N.º 438 e Resolução Normativa N.º 412 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Parágrafo sétimo - No caso de reingresso de beneficiário, será exigido novo período de carência, a contar da data de assinatura da nova Proposta de Adesão aos planos da ASSEFAZ disponibilizados ao Convênio de Patrocínio.

Parágrafo oitavo - É condição necessária para o reingresso ao plano de saúde da ASSEFAZ, que o beneficiário titular não possua pendências financeiras, relacionadas ao vínculo anterior.

Parágrafo nono — A perda ou suspensão do vínculo funcional ou empregatício dos Titulares com a PATROCINADORA, em caráter temporário ou definitivo, não impedirá a manutenção dos Beneficiários no Plano, desde que se responsabilizem, além do pagamento de sua contribuição, pelo pagamento da contribuição da ASSEFAZ prevista na Cláusula XXXXXXXXXXXX, observando-se o período de manutenção a que se refere esta cláusula será de no máximo 24 (vinte e quatro) meses, sendo extensivo, a todo o grupo familiar inscrito quando do cancelamento do Titular no plano por rescisão de contrato de trabalho ou término do vínculo funcional.

4. CLÁUSULA QUARTA - DAS CARÊNCIAS

Não haverá prazo de carência caso o número de participantes do presente convênio seja igual ou superior a 30 (trinta) beneficiários conveniados, desde que as adesões ocorram em até 30 (trinta) dias da data da vigência do presente instrumento jurídico.

Parágrafo primeiro – Não será exigida qualquer forma de carência se a inscrição do beneficiário conveniado ocorrer dentro de 30(trinta) dias da data de início de vigência do convênio, sendo observado o caput.

Parágrafo segundo – Caso haja menos de 30 (trinta) beneficiários vinculados ao presente convênio, ou ainda nos casos em que o beneficiário não aderir ao presente Convênio de Patrocínio dentro de 30 dias da assinatura deste, nem no prazo de 30 dias do aniversário do convênio ou de sua vinculação ao PATROCINADOR, será aplicado período de carência nos termos dos parágrafos a seguir.

Parágrafo terceiro – Os beneficiários conveniados que se inscreverem nos planos de saúde da ASSEFAZ e não se adequarem às condições anteriormente especificadas de isenção, cumprirão os seguintes períodos de carência, conforme legislação em vigor:

- I. para urgências e emergências: 24 (vinte e quatro) horas;
- II. consultas médicas e exames complementares básicos: 30 (trinta) dias;
- III. para as demais coberturas: 180 (cento e oitenta) dias; e
- IV. para partos a termo: 300 (trezentos) dias.

Parágrafo quarto – Havendo prazo de carência, os beneficiários conveniados que se inscreverem no plano de saúde ASSEFAZ DIAMANTE APARTAMENTO EMPRESARIAL, também cumprirão os seguintes períodos de carência para odontologia:

- I. 24h (vinte e quatro) horas para atendimentos de urgência e emergência;
- II.60 (sessenta) dias para assistência preventiva;
- III. 90 (noventa) dias para Dentística restauradora e Odontopediatria;
- IV. 120 (cento e vinte) dias para Cirurgia Oral Menor; e
- V. 180 (cento e oitenta) dias para Endodontia, Periodontia e Próteses.

Parágrafo quinto – Não poderá haver antecipação das contribuições mensais com o intuito de abreviar os prazos das carências.

Parágrafo sexto – É isento de carência o novo servidor ou empregado público e seus dependentes, e agregados, se a adesão ao plano ocorrer dentro de 60 (sessenta) dias, contados da data do efetivo exercício.

Parágrafo sétimo – O cônjuge ou companheiro (a) do beneficiário titular está isento do cumprimento dos períodos de carência já cumpridos pelo titular, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após o casamento ou formalização da união.

Parágrafo oitavo – O filho adotivo, menor de 12 (doze) anos, terá aproveitado os períodos de carências já cumpridos pelo titular adotante, ativo ou inativo desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias da adoção.

Parágrafo nono – Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência no mesmo plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do beneficiário titular.

Parágrafo décimo – Não estará obrigado ao cumprimento de nova carência no mesmo plano, o pensionista que se inscrever, nessa condição, dentro de 30 (trinta) dias do óbito do beneficiário titular.

Parágrafo décimo primeiro – Os períodos de carências serão observados também na hipótese de reingresso dos beneficiários aos respectivos planos de assistência à saúde da ASSEFAZ, a contar da data de assinatura da nova Proposta de Adesão ao Convênio.

Parágrafo décimo segundo – Os beneficiários inscritos e ativos nos planos dos convênios firmados com órgãos do Executivo Federal, listados abaixo, poderão optar pela migração para os planos disponíveis neste convênio, com isenção dos prazos de carências, desde que formalize a referida migração em até 60 (sessenta) dias corridos a contar da data de celebração deste Instrumento Jurídico.

1. Ministério da Economia;
2. Advocacia-Geral da União;
3. Controladoria-Geral da União;
4. Ministério da Cidadania;
5. Ministério das Comunicações;
6. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento;
7. Presidência da República;
8. Polícia Federal

5. CLÁUSULA QUINTA - DO PLANO E DAS COBERTURAS GARANTIDAS

O presente convênio, observado o cumprimento dos prazos de carência, se houver; as exclusões de cobertura e as demais condições contratuais, garante aos BENEFICIÁRIOS TITULARES, BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES e os BENEFICIÁRIOS AGREGADOS as coberturas para todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (artigo 10 da Lei N.º 9.656/1998), e do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento, dentro da rede credenciada da ASSEFAZ e conforme taxativamente previsto nos respectivos regulamentos dos planos.

Parágrafo primeiro - Os planos de saúde ofertados pela ASSEFAZ contemplarão atendimento ambulatorial e internação hospitalar, com obstetrícia, realizados em âmbito nacional, com acomodação em apartamento, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, para tratamento das doenças listadas na Classificação Estatística de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, CID-10 e de acordo com as Diretrizes de Utilização (DUT) e com as Diretrizes Clínicas (DC) estabelecidas na regulamentação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em vigor na data do evento.

Parágrafo segundo – A cobertura definida no caput observará, taxativamente, o constante das normas relativas ao Rol de Procedimentos e eventos em saúde editadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, podendo, caso seja de interesse da ASSEFAZ, estender o referido rol de procedimentos e eventos.

Parágrafo terceiro - Inclui-se na cobertura relacionada com a saúde ocupacional, o diagnóstico, tratamento, recuperação e reabilitação de doenças relacionadas ao processo de trabalho, listadas na Portaria N.º 1339/GM, de novembro de 1999, ou outra vigente a época, do Ministério da Saúde.

Parágrafo quarto - Os Planos de Saúde ofertados pela ASSEFAZ cobrem os custos relativos aos atendimentos médico-hospitalares e odontológico em caráter eletivo e de urgência e emergência com opção das segmentações ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológica, conforme definido taxativamente no Rol de Procedimentos da ANS vigente à data do procedimento e descrito no regulamento do plano escolhido para adesão.

Parágrafo quinto - A cobertura ambulatorial compreende os atendimentos realizados em consultório ou ambulatório, definidos pela legislação vigente e listados nos normativos da saúde suplementar, observadas o regulamento do plano escolhido.

Parágrafo sexto - Cobertura Hospitalar compreende os atendimentos realizados em todas as modalidades de internação hospitalar e os atendimentos caracterizados como de urgência e emergência, conforme Resolução específica vigente, não incluindo atendimentos ambulatoriais para fins de diagnóstico, terapia ou recuperação, devendo ser observadas as exigências previstas nos respectivos regulamentos dos planos.

Parágrafo sétimo - O beneficiário candidato a transplante de órgãos provenientes de doador cadáver, conforme legislação específica, deverá, obrigatoriamente, estar inscrito em uma das Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO's) e sujeitar-se-á ao critério de fila única de espera e de seleção, como previsto na Resolução vigente e de acordo com a Lei nº 9.434 de 1997.

Parágrafo oitavo - A cobertura odontológica não é ofertada à todas as modalidades de plano, sendo prevista apenas aos beneficiários que optarem pela adesão dos planos cujos regulamentos gozem de previsão desse serviço.

Parágrafo nono - Não havendo disponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos contratados pela ASSEFAZ, na acomodação contratada, ao beneficiário será garantido o acesso à acomodação em nível superior à originariamente prevista, com ônus adicional para a ASSEFAZ, na rede contratada, até que haja disponibilidade de leito, quando será providenciada a transferência.

Parágrafo décimo - Os beneficiários poderão se utilizar dos médicos ou instituições relacionadas na rede de serviço da ASSEFAZ, exclusivamente para o atendimento decorrente de procedimentos taxativamente cobertos. Ao utilizar a rede credenciada, o beneficiário não fará qualquer desembolso, cabendo à ASSEFAZ efetuar o pagamento diretamente ao contratado, em nome e por conta do titular.

Parágrafo décimo primeiro - Será diretamente efetuado ao prestador o pagamento das despesas cobertas pelos Planos de Saúde da ASSEFAZ, desde que os serviços sejam utilizados, devendo o beneficiário, no ato do atendimento, apresentar seu documento de identificação oficial, junto com o Cartão de Identificação do beneficiário conveniado fornecido pela ASSEFAZ.

Parágrafo décimo segundo - Na hipótese de o beneficiário conveniado optar por acomodação hospitalar superior ao plano escolhido pelo titular para adesão, deverá arcar com a diferença de preço e a complementação dos honorários médicos e despesas hospitalares, conforme negociação direta com o médico, hospital ou prestador.

I. Caso o beneficiário não cumpra com o pagamento dos valores complementares, esses serão cobrados do beneficiário titular do plano de saúde, na condição de responsável financeiro do contrato.

Parágrafo décimo terceiro - A marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos será feita de forma a atender às necessidades dos beneficiários, assim como, atendimento preferencial para as pessoas de idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos de idade, as gestantes, lactantes e lactentes, e crianças até 5 (cinco) anos de idade, observados os prazos legais vigentes definidores da garantia de acesso assistencial.

Parágrafo décimo quarto - Não havendo disponibilidade de vagas nos estabelecimentos contratados pela ASSEFAZ, o ônus da internação em outro hospital fora da rede de serviço é de responsabilidade da ASSEFAZ.

Parágrafo décimo quinto – Para as garantias e exclusões de coberturas, rede, assistência odontológica, assistência farmacológica e atendimentos de urgência e emergência, deverão ser estritamente observadas as regras previstas nos respectivos regulamentos dos planos.

6. CLÁUSULA SEXTA - DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Considera-se atendimento de urgência o evento resultante de acidente pessoal ou de complicação no processo da gestação.

Parágrafo primeiro - Considera-se atendimento de emergência o evento que implica em risco imediato de morte ou de lesão irreparável para o paciente, caracterizado em declaração do médico assistente.

Parágrafo segundo - Serão garantidos os atendimentos de urgência e emergência, após decorridas 24 (vinte e quatro) horas do início da vigência da assinatura da Proposta de Adesão ao Convênio do beneficiário conveniado aos Planos de Saúde da ofertados pela ASSEFAZ, inclusive se decorrentes de complicações da gestação, cuidando inicialmente da execução das atividades e procedimentos destinados à preservação da vida, órgãos e funções do beneficiário, incluindo eventual necessidade de remoção, até a saída do paciente, observando-se o seguinte:

- I. casos de emergência: A constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato; e
- II. casos de urgência: A ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

Parágrafo terceiro - Estará garantida a remoção inter-hospitalar do paciente (do hospital de origem para o de destino), comprovadamente necessária, dentro dos limites de abrangência geográfica do plano.

Parágrafo quarto – Estando o beneficiário em período de carência, o plano garante a cobertura de urgência e emergência, limitada até as primeiras 12 (doze) horas do atendimento. Quando necessária, para a continuidade do atendimento de urgência e emergência, a realização de procedimentos exclusivos da cobertura hospitalar, ainda que na mesma unidade prestadora de serviços e em tempo maior que 12 (doze) horas, a cobertura cessará, sendo que a responsabilidade financeira, a partir da necessidade de internação, passará a ser do beneficiário, não cabendo ônus à ASSEFAZ.

Parágrafo quinto - Nos casos de urgência e de emergência, quando o paciente não tiver direito à internação em virtude de estar cumprindo carência de 24 (vinte e quatro) horas, estará garantida a remoção inter-hospitalar (do hospital de origem para o de destino), em ambulância terrestre, dentro da área de abrangência geográfica do plano, quando caracterizada pelo médico assistente a necessidade de internação, observando-se que:

- I. quando não puder haver remoção por risco de morte, o paciente ou seu responsável e o prestador do atendimento deverão negociar entre si a responsabilidade financeira da continuidade da assistência, desobrigando-se, assim, a ASSEFAZ desse ônus;
- II. caberá à ASSEFAZ o ônus e a responsabilidade da remoção do paciente para uma unidade do SUS que disponha dos recursos necessários a garantir a continuidade do atendimento;
- III. a ASSEFAZ deverá disponibilizar ambulância terrestre com os recursos necessários a garantir a manutenção da vida, só cessando sua responsabilidade sobre o paciente quando efetuado o registro na unidade hospitalar que o receber; e
- IV. quando o paciente ou seus responsáveis optarem, mediante assinatura de termo de responsabilidade, pela continuidade do atendimento em unidade diferente daquela definida no inciso II deste parágrafo, a ASSEFAZ estará desobrigada do ônus financeiro da remoção.

Parágrafo sexto - Haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os procedimentos caracterizados como urgência e emergência, nos casos do beneficiário estar cumprindo período de carência para internação.

Parágrafo sétimo - Também haverá remoção para unidade do SUS, depois de realizados os atendimentos de urgência e emergência, nos casos em que houver acordo de cobertura parcial temporária e que resultem na necessidade de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados às Doenças e Lesões Pré-existentes.

7. CLÁUSULA SÉTIMA - DO REEMBOLSO

Nos atendimentos de emergência ou urgência ocorridos na área de abrangência geográfica da cobertura contratual, quando não for possível a utilização dos serviços credenciados pela ASSEFAZ, será garantido ao beneficiário o reembolso integral das despesas decorrentes do atendimento, incluindo as despesas decorrentes do transporte.

Parágrafo único - O reembolso das despesas realizadas de atendimentos eletivos, quando não optado pela Rede Credenciada disponibilizada pela ASSEFAZ, se dará nos moldes e limites apresentados nos respectivos regulamentos dos planos.

8. CLÁUSULA OITAVA - DAS EXCLUSÕES DE COBERTURA

Em conformidade com o que prevê a Lei Nº 9.656/98, as Resoluções do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU -, e respeitando-se as coberturas mínimas obrigatórias previstas na citada Lei e no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS vigente na data do evento, estão excluídos da cobertura dos planos da ASSEFAZ os eventos e despesas decorrentes de atendimentos, serviços ou procedimentos não descritos expressamente neste instrumento, no regulamento do plano escolhido e os provenientes de:

- I - tratamento clínico ou cirúrgico experimental, isto é, aquele que:
 - a) emprega medicamentos, produtos para a saúde ou técnicas não registrados/não regularizados no país;
 - b) é considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina - CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO; ou
 - c) não possui as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso off-label).
- II - procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, ou seja, aqueles que não visam restauração parcial ou total da função de órgão ou parte do corpo humano lesionada, seja por enfermidade, traumatismo ou anomalia congênita;
- III - inseminação artificial, entendida como técnica de reprodução assistida que inclui a manipulação de oócitos e esperma para alcançar a fertilização, por meio de injeções de esperma intracitoplasmáticas, transferência intrafalopiana de gameta, doação de oócitos, indução da ovulação, concepção póstuma, recuperação espermática ou transferência intratubária do zigoto, entre outras técnicas;
- IV - tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, assim como em spas, clínicas de repouso e estâncias hidrominerais;
- V - transplantes, à exceção dos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente na data do evento;
- VI - fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde, importados, não nacionalizados, isto é, aqueles produzidos fora do território nacional e sem registro vigente na ANVISA;

- VII - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, ressalvado os, disposto nas alíneas 'c' do inciso I e 'g' do inciso II do art. 12 da lei 9656/98, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção dos medicamentos antineoplásicos orais constantes do Rol de Procedimentos vigente;
- VIII - fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, conforme os seguintes conceitos: prótese como qualquer material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido e órtese como qualquer material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, sendo não ligados ao ato cirúrgico os materiais cuja colocação ou remoção não requeiram a realização de ato cirúrgico;
- IX - tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob o aspecto médico, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes;
- X - casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente;
- XI - aplicação de vacinas preventivas e hipossensibilizantes;
- XII - serviços de enfermagem contratados em caráter particular, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
- XIII - fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar, isto é, aqueles prescritos pelo médico assistente para administração em ambiente externo ao de unidade de saúde, com exceção do constante no inciso X do art. 21 da Resolução Normativa 338/2013 e, ressalvado o disposto no art. 13;
- XIV - fornecimento de medicamentos prescritos durante a internação hospitalar cuja eficácia e/ou efetividade tenham sido reprovadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde - CONITEC;
- XV - estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- XVI - atendimentos prestados antes do início do período de vigência ou durante o cumprimento das carências;
- XVII - procedimentos fora do Rol de Procedimentos e Eventos em saúde constantes na legislação vigente;
- XVIII - procedimentos, exames ou tratamentos realizados fora do Brasil;
- XIX - medicamento de manutenção para os transplantes;
- XX - acomodação e alimentação fornecidas pelo hospital ao acompanhante do beneficiário, exceto para pacientes menores de 18 (dezoito) anos, com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, portadores de necessidades especiais;
- XXI - despesas relativas a 1 (um) acompanhante, ressalvadas as relativas ao indicado para a mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato;
- XXII - despesas hospitalares extraordinárias tais como: serviços telefônicos, uso de televisão, alimentação não prevista no tratamento, lavagem de roupas, produtos de toalete e de higiene pessoal e quaisquer outras despesas que não sejam vinculadas à cobertura do presente instrumento;
- XXIII - estada de paciente ou acompanhante em hotel, pensão ou similares;
- XXIV - cirurgia para mudança de sexo;
- XXV - avaliação pedagógica;
- XXVI - orientações vocacionais;

- XXVII - especialidades médicas não reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina;
- XXVIII - qualquer tipo de atendimento domiciliar, mesmo em caráter de urgência e emergência;
- XXIX - remoção domiciliar, exceto os serviços disponibilizados à critério da operadora;
- XXX - exames para piscina ou ginástica, necropsias, medicina ortomolecular e mineralograma do cabelo;
- XXXI - procedimentos de próteses sobre implantes e disfunções de ATM (articulação temporo-mandibular);
- XXXII - fornecimento, aluguel e aquisição de equipamentos e aparelhos ortodônticos, bem como quebra ou perda desses e suas respectivas manutenções;
- XXXIII - tratamentos prescritos por profissional não habilitado e procedimentos não consagrados pelos órgãos oficiais;
- XXXIV - todos os procedimentos das especialidades de ortodontia;
- XXXV - próteses odontológicas, ressalvados os procedimentos previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, vigente à época do evento;
- XXXVI - transplantes ósseos;
- XXXVII - enxertos ósseos, biomateriais;
- XXXVIII - implantes odontológicos e cirurgias periodontais com membrana e enxertos;
- XXXIX - quaisquer tratamentos sem indicação clínica;
- XL - serviços em odontologia com materiais importados, porcelanas ou metais nobres;
- XLI - restaurações utilizando resina fotopolimerizável em dentes posteriores somente para fins estéticos;
- XLII - radiografias não previstas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento para a segmentação odontológica;
- XLIII - cirurgias Odontológicas a laser;
- XLIV - clareamento dentário;

Parágrafo primeiro – Na segmentação ambulatorial, são excluídos os seguintes procedimentos:

- I. procedimentos que exijam forma de anestesia diversa da anestesia local, sedação ou bloqueio;
- II. quimioterapia oncológica intra-tecal ou que demande internação; e
- III. embolizações.

Parágrafo segundo – Ficam excluídas da cobertura garantida dos planos de assistência à saúde ofertados pela ASSEFAZ a realização dos exames médicos admissionais, periódicos, de retorno ao trabalho, de mudança de função e demissionais.

9. CLÁUSULA NONA - DOS MECANISMOS DE REGULAÇÃO

A ASSEFAZ adotará, como mecanismos de regulação a autorização prévia para os procedimentos eletivos, conforme a tabela CBHPM/TUSS (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos /Terminologia Unificada da Saúde Suplementar).

Parágrafo primeiro - A avaliação da autorização dos procedimentos eletivos que exigem autorização prévia deverá ocorrer no prazo máximo definido na Resolução nº 259/2011 e suas atualizações, a partir do momento

da solicitação, sendo facultada à ASSEFAZ a solicitação de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento.

Parágrafo segundo - O prazo estabelecido no parágrafo primeiro passará a contar a partir do recebimento da demanda, pela ASSEFAZ.

Parágrafo terceiro - Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá a um profissional escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora, sendo que o profissional requisitante somente poderá recusar até três nomes indicados por parte da operadora para composição da junta médica.

Parágrafo quarto – O acesso ao atendimento de urgência e emergência deverá ocorrer no prazo definido pela legislação vigente a partir do momento da solicitação, sendo facultada à ASSEFAZ a solicitação posterior ao atendimento de laudos e documentos equivalentes que justifiquem o procedimento.

Parágrafo quinto - Quando ultrapassar 30 (trinta) dias de internação psiquiátrica contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência do Termo de Adesão ao Convênio, será cobrada, independentemente se utilizado pelo beneficiários TITULAR, por seus DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos no plano, coparticipação crescente, mensalmente, a partir do prazo retro, sendo de 10% (dez por cento) no primeiro mês, 20% (vinte por cento) no segundo mês, 30% (trinta por cento) no terceiro mês, 40% (quarenta por cento) no quarto mês e 50% (cinquenta por cento) a partir do quinto mês, tendo por base o valor do custeio do tratamento psiquiátrico, ressaltando-se que os valores excedentes aos cobertos, serão de responsabilidade do titular do plano de saúde, na condição de responsável financeiro.

Parágrafo sexto - Quando as internações ocorrerem em modalidade de hospital-dia (day clinic), até 12 (doze) horas, será cobrada a coparticipação na proporção de 50% (cinquenta por cento) do valor estipulado como coparticipação para o beneficiário e/ou seus dependentes, nas modalidades de plano com esta previsão.

Parágrafo sétimo - Caso o valor mensal a ser suportado pelo beneficiário titular e/ou seus dependentes e agregados supere os valores decorrentes do parágrafo sexto, o pagamento da diferença de coparticipação será realizada nos meses subsequentes, até que haja a efetiva quitação do débito.

Parágrafo oitavo - Não se aplica o art. 4º, inciso I alínea “b” da Resolução CONSU Nº 08/1998 neste regulamento, tendo em vista não se operacionalizar qualquer mecanismo de direcionamento, referenciamento ou hierarquização de acesso.

Parágrafo nono - A liberação de procedimentos básicos será concedida pela ASSEFAZ, por meio da apresentação do cartão de identificação do plano, seguida de documento de identificação oficial, original, com foto, do beneficiário ao prestador de serviços.

Parágrafo décimo – Os procedimentos que necessitam de autorização são aqueles definidos na tabela de procedimentos CBHPM/TUSS, elaborada pela ASSEFAZ, vigente à época do evento:

I. As guias devem ser devidamente preenchidas com os campos preestabelecidos pela TISS/ANS como campos obrigatórios.

II. A autorização para as internações hospitalares, cirurgias ambulatoriais, diálise de qualquer natureza, quimioterapia e radioterapia, sessões de fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional, deverão ser solicitadas diretamente, pelo prestador à ASSEFAZ.

III. A garantia do atendimento ao beneficiário pelo profissional avaliador médico será efetuada nos prazos previstos na Resolução Normativa nº 259/2011 da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Parágrafo décimo primeiro – Em caso de divergência clínica entre o profissional requisitante e a operadora, a decisão caberá à junta médica composta pelo profissional solicitante ou nomeado pelo usuário, por médico da operadora e um profissional médico escolhido de comum acordo entre as partes, com as despesas arcadas pela operadora, conforme legislação vigente.

Parágrafo décimo segundo - Eventuais alterações da rede hospitalar serão comunicadas ao beneficiário titular do plano e à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS no prazo de 30 dias e será constituído processo específico em conformidade ao artigo 17 da Lei 9.656/98.

Parágrafo décimo terceiro - Ficarão disponibilizadas aos beneficiários, as informações a respeito da rede de prestadores de serviços, por meios de divulgação eletrônica no sítio da ASSEFAZ (www.assefaz.org.br).

Parágrafo décimo quarto - Os tratamentos, serviços diagnósticos e demais procedimentos ambulatoriais poderão ser solicitados pelo médico assistente ou cirurgião-dentista, não tendo qualquer restrição aos não pertencentes à rede própria ou contratada da ASSEFAZ, conforme estabelece o artigo 12, I, “b”, da Lei nº 9.656/98, com o artigo 2º, VI, da Resolução CONSU Nº 08/98, observada a cobertura contratada.

Parágrafo décimo quinto - Na hipótese da substituição do estabelecimento hospitalar a que se refere o Art. 17 da Lei 9.656/98 ocorrer por decisão da ASSEFAZ, durante período de internação do beneficiário, o estabelecimento está obrigado a manter a internação e a ASSEFAZ, a manter o beneficiário até a alta hospitalar, a critério médico, na forma da legislação vigente.

Parágrafo décimo sexto – Excetuam-se do previsto no parágrafo anterior os casos de substituição do estabelecimento de saúde por infração das normas sanitárias em vigor durante o período de internação/tratamento, quando a ASSEFAZ arcará com a responsabilidade pela transferência imediata para outro estabelecimento equivalente, garantindo a continuação da assistência, sem ônus adicional para o beneficiário.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DA COPARTICIPAÇÃO

A Assefaz adotará, também, como mecanismo de regulação a cobrança de coparticipação pelo uso dos serviços ambulatoriais e hospitalares do beneficiário TITULAR, seus DEPENDENTES e AGREGADOS, conforme previsão regulamentar dos planos ofertados neste instrumento jurídico.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DO CUSTEIO PELO PATROCINADOR

A participação mensal do PATROCINADOR para custeio do plano de saúde contratado, escolhido pelo servidor titular se dará de acordo com o artigo 230 da Lei nº 8.112, bem como a Portaria Normativa N.º 1, de 9 de março de 2017, e suas alterações, sendo os valores calculados com base no valor da per capita estabelecida na Portaria Normativa N.º 8, de 13 de janeiro de 2016, ambas portarias publicadas pelo extinto Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e suas alterações.

Parágrafo primeiro – Órgão PATROCINADOR é a instituição pública que participa total, ou parcialmente do custeio do plano privado de assistência à saúde e de outras despesas relativas à sua execução e administração.

Parágrafo segundo – Para que o servidor vinculado aos órgãos do PATROCINADOR conveniado seja elegível e tenha condições de aderir e incluir seus dependentes e agregados nos planos de saúde da ASSEFAZ, não basta a vinculação administrativa com o órgão do PATROCINADOR, faz-se obrigatório que a instituição pública a qual o servidor mantém vínculo ativo, seja responsável pelo repasse do custeio per capita.

Parágrafo terceiro – A ASSEFAZ enviará aos órgãos do PATROCINADOR, mensalmente até o quinto dia útil, arquivo contendo o relatório família composto por todos os titulares, dependentes e agregados, para demonstrar os servidores e o seu grupo familiar com plano de saúde ativo na operadora.

Parágrafo quarto – A participação per capita de responsabilidade do PATROCINADOR será repassada diretamente para a Fundação Assefaz, com base em listagem encaminhada pelo setor financeiro da ASSEFAZ.

Parágrafo Quinto. A contribuição a título de patrocínio, de que trata o caput desta Cláusula, não implica assunção de quaisquer riscos financeiros de operação de plano de saúde por parte da PATROCINADORA.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A ASSEFAZ apresentará ao PATROCINADOR, anualmente, quadro demonstrativo onde figure, detalhadamente, a receita arrecadada e as despesas verificadas com os beneficiários pensionistas, titulares e seus dependentes do plano de saúde.

Parágrafo primeiro – A Prestação de Contas considerará o calendário civil contábil e será apresentada ao PATROCINADOR até 30 de junho do ano subsequente.

Parágrafo segundo – Considerando a Lei Geral de Proteção de Dados, Lei n.º 13.709, de 14 de agosto de 2018, as partes se obrigam na observância e cumprimento das regras quanto a proteção de dados, inclusive no tratamento de dados pessoais e sensíveis, mediante aditivos e termos específicos, de acordo com a necessidade e/ou obrigação legal de coleta dos dados.

Parágrafo terceiro – Os dados e informações referentes à prestação de contas citados nesta Cláusula, atenderão exclusivamente a finalidade proposta pelo objeto do convênio.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA RETIRADA DO PATROCINADOR

A saída do PATROCINADOR da cobertura do presente Convênio de Adesão dar-se-á com a denúncia/rescisão:

- I. por meio de ofício do PATROCINADOR;
- II. por extinção do PATROCINADOR, inclusive por transformação, fusão ou incorporação a outro órgão, que não figure como PATROCINADOR da ASSEFAZ;
- III. por descumprimento de quaisquer das cláusulas deste Convênio e Termos Aditivos dele decorrentes.
- IV. por decisão da ASSEFAZ, respeitados os critérios estabelecidos no artigo 17 da RN N.º 195/09 da ANS.

Parágrafo único - No caso de transformação, fusão ou incorporação do PATROCINADOR a outro órgão patrocinador da ASSEFAZ, a cobertura aos beneficiários conveniados inscritos não sofrerá solução de continuidade, desde que o sucessor, legalmente constituído, expresse formalmente garantia sobre a continuidade das obrigações pactuadas de patrocínio.

14. CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DA CONTRIBUIÇÃO PELO BENEFICIÁRIO

A participação financeira mensal do beneficiário titular, para contribuição do plano de saúde e coparticipação dos serviços utilizados, para si e seu grupo familiar corresponderá aos valores das mensalidades, calculadas com base na distribuição dos beneficiários conveniados por faixa etária, previstos na tabela de preços do plano contratado, vigentes e disponíveis no departamento de recursos humanos do órgão PATROCINADOR e nos canais de atendimento da ASSEFAZ.

Parágrafo primeiro - A contraprestação pecuniária mensal de responsabilidade do beneficiário titular referente a contribuição do seu plano de saúde, de seus dependentes e agregados, serão cobradas preferencialmente mediante boleto bancário ou débito em conta corrente.

Parágrafo segundo - Nos termos da legislação vigente, os valores da tabela de preços para as novas adesões serão atualizados conforme dispõe o normativo sobre nota técnica de registro de preço dos produtos.

Parágrafo terceiro – Os recursos mencionados no caput desta cláusula serão pagos pelo beneficiário titular, em favor da ASSEFAZ.

Parágrafo quarto - Os recursos mencionados no caput desta cláusula terão seus valores atualizados conforme regulamento do plano de saúde.

Parágrafo quinto – Nas hipóteses de atraso no pagamento da mensalidade devem ser observadas as disposições da Lei N.º 9.656, de 03 de junho de 1998 e seus regulamentos, bem como as normas da ANS, sobre cancelamento do contrato.

Parágrafo sexto – A comunicação prévia mencionada no parágrafo anterior poderá ser realizada de todas as formas legais e vigentes de comunicação, tais como, carta com AR, e-mails, ligações telefônicas, mensagens de aplicativos de smartphones e outros.

15. CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DOS REAJUSTES

Os valores das mensalidades serão reajustados, anualmente, na data-base de aniversário do convênio, assim, o aniversário considerado para fim de reajuste será a data de assinatura do convênio com o **PATROCINADOR**.

Parágrafo primeiro – Independentemente da data de inclusão dos beneficiários conveniados, os valores de suas contraprestações terão o primeiro reajuste integral após 12 (doze) meses da assinatura do Convênio com o **PATROCINADOR**, entendendo-se esta como data base única do presente convênio.

Parágrafo segundo – Caso neste Convênio de Patrocínio ocorra adesão de até 29 (vinte e nove) beneficiários este convênio integrará o agrupamento com convênios em situação similar, conforme preconizado em Legislação vigente, para o cálculo e aplicação do percentual de reajuste anual.

Parágrafo terceiro - A quantidade de beneficiários estabelecida para avaliar se o Convênio será agregado ao agrupamento será verificada na data de sua assinatura, e anualmente reavaliada, no mês de aniversário deste convênio, para, conforme o caso, mantê-lo ou excluí-lo do agrupamento.

Parágrafo quarto - Para fins do disposto no Parágrafo terceiro serão considerados todos os beneficiários vinculados à mesma pessoa jurídica, ainda que vinculados a outro plano contratado.

Parágrafo quinto - Se este Convênio for agregado ao agrupamento na data de sua assinatura/mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado o reajuste do agrupamento no seu aniversário subsequente, observando os critérios estabelecidos no parágrafo sétimo.

Parágrafo sexto - O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do convênio agregado ao agrupamento observará o disposto na legislação vigente, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPC Saúde/FIPE ($R1 = \text{Reajuste por Inflação}$).

Parágrafo sétimo - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial da carteira de planos coletivos com até 29 (vinte e nove) beneficiários, será reavaliado atuarialmente, quando o desequilíbrio ultrapassar o nível de sinistralidade ($SE = \text{Sinistralidade Esperada}$), de 70% cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de análise de 12 (doze) meses consecutivos anteriores a data de aniversário do Convênio de Patrocínio, neste caso, para o cálculo do percentual de reajuste será aplicada a seguinte fórmula: $R = (S / Sm) - 1$ Onde: S - Sinistralidade apurada no período Sm - Meta de Sinistralidade expressa em contrato, de forma a assegurar o equilíbrio econômico-atuarial.

Parágrafo oitavo - Na hipótese de se constatar a necessidade de aplicação do reajuste por sinistralidade, previsto no Parágrafo sétimo, este deverá ser procedido de forma complementar ao especificado na mesma data, de forma a garantir a anualidade dos reajustes.

Parágrafo nono - Se este Convênio não for agregado ao agrupamento na data de sua assinatura ou for excluído do agrupamento no mês de seu aniversário, ser-lhe-á aplicado, no seu aniversário subsequente, o reajuste conforme os critérios estabelecidos nos parágrafos abaixo.

Parágrafo décimo - O critério para o reajuste anual da contraprestação pecuniária do convênio não for agregado ao agrupamento observará o disposto na legislação vigente, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, de acordo com a variação do Índice IPC Saúde/FIPE ($R1 = \text{Reajuste por Inflação}$). Este será apurado no período de 12 (doze) meses consecutivos, com uma antecedência de 3 (três) meses em relação à data-base de aniversário, considerada esta o mês de assinatura do Convênio de Patrocínio.

Parágrafo décimo primeiro – Nos termos da legislação vigente, os valores das mensalidades serão reajustados anualmente, baseados em estudo atuarial, que levará em conta, no seu cálculo, a variação do índice IPC Saúde/FIPE, a variação das despesas administrativas e a sinistralidade, sendo apurado no período de análise de 12 meses consecutivos anteriores a data base do contrato.

Parágrafo décimo segundo - Caso seja verificado o desequilíbrio econômico-atuarial do convênio que não for agregado ao agrupamento que ultrapasse o índice de 70% (SE = Sinistralidade Esperada) do convênio, cuja base é a proporção entre as despesas assistenciais e as receitas diretas do plano, apuradas no período de 12 (doze) meses consecutivos, este será reavaliado atuarialmente, anteriores à data-base de aniversário, com base na legislação vigente, de forma a assegurar o equilíbrio econômico-atuarial de cada convênio.

Parágrafo décimo terceiro - Ficarão disponíveis, no endereço eletrônico da ASSEFAZ, o percentual de reajuste a ser aplicado ao agrupamento dos convênios, as informações dos convênios que receberão o reajuste, com o código informado no sistema RPC, e seus respectivos planos, com número de registro na ANS.

Parágrafo décimo quarto – A atualização das contribuições para custeio do plano de saúde será efetuada, mediante comunicação protocolizada ao PATROCINADOR com antecedência prévia de 30 (trinta) dias, informando o índice de reajuste aplicado.

Parágrafo décimo quinto - O presente Convênio não poderá receber reajuste em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, ressalvadas as variações do valor da contraprestação pecuniária em razão de mudança de faixa etária, migração e adaptação à Lei Nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Parágrafo décimo sexto - Sempre que ocorrer alteração na idade do titular e/ou de seus dependentes e agregados, que implique deslocamento para outra faixa etária, com exceção aos beneficiários com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, novos valores serão cobrados, a partir do mês seguinte ao da ocorrência da alteração, de acordo com a tabela em vigor.

Parágrafo décimo sétimo - Não haverá aplicação de percentuais de reajuste diferenciados dentro de um mesmo plano em um determinado convênio.

Parágrafo décimo oitavo - Não poderá ser aprovado custeio cuja avaliação atuarial indique ser insuficiente para o atendimento das coberturas previstas neste Convênio.

Parágrafo décimo nono – O índice de reajuste anual de cada Plano será submetido pela Diretoria-Executiva da ASSEFAZ ao Conselho Deliberativo da ASSEFAZ, conforme rege o Estatuto da ASSEFAZ, para aprovação e após aplicado será informado à Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, nos termos do inciso I do artigo 13 da Resolução Normativa nº 171 dessa Agência Reguladora.

Parágrafo vigésimo – Em caso de desequilíbrio econômico-financeiro na ASSEFAZ, que ameace a continuidade dos serviços de saúde aos beneficiários conveniados deste Convênio de Patrocínio, a ASSEFAZ submeterá ao seu Conselho Deliberativo uma proposta que leve ao reequilíbrio com reajuste técnico, de acordo com a legislação vigente, quando aprovado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

16. CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - FAIXAS ETÁRIAS

As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito no plano pela Proposta de Adesão ao Convênio esteja enquadrado.

Parágrafo primeiro - As faixas etárias previstas neste convênio são: de 0 (zero) a 18 (dezoito) anos; de 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; de 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; de 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; de 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; de 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; de 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; de 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; de 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos e de 59 (cinquenta e nove) anos ou mais.

Parágrafo segundo - Para os beneficiários com 60 (sessenta) anos de idade ou mais, que participam do presente convênio não serão promovidas variações das contraprestações pecuniárias em razão da idade, mas tão somente os reajustes financeiros anuais, calculados por meio de estudos atuariais.

Parágrafo terceiro - Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para outra faixa etária, a contraprestação pecuniária será reajustada para o valor correspondente à nova faixa no mês subsequente ao da ocorrência do aniversário do beneficiário, incidindo os percentuais abaixo discriminados sobre o valor da última contraprestação pecuniária, a saber:

- 1ª) de 0 a 18 anos;
- 2ª) ao completar 19 (dezenove) anos, acréscimo de 10%;
- 3ª) ao completar 24 (vinte e quatro) anos, acréscimo de 10%;
- 4ª) ao completar 29 (vinte e nove) anos, acréscimo de 15%;
- 5ª) ao completar 34 (trinta e quatro) anos, acréscimo de 15%;
- 6ª) ao completar 39 (trinta e nove) anos, acréscimo de 20%;
- 7ª) ao completar 44 (quarenta e quatro) anos, acréscimo de 28%;
- 8ª) ao completar 49 (quarenta e nove) anos, acréscimo de 30%;
- 9ª) ao completar 54 (cinquenta e quatro) anos, acréscimo de 34%; e
- 10ª) ao completar 59 (cinquenta e nove) anos, acréscimo de 40%.

Parágrafo quarto - A variação do preço em razão da faixa etária somente deverá incidir quando o beneficiário completar a data limite, ou seja, no mês subsequente ao de seu aniversário.

Parágrafo quinto - Os percentuais de variação de faixa etária foram fixados observando que o valor estabelecido para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária, e que a variação acumulada entre a sétima e a décima faixa etária não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa etária, conforme as determinações constantes da Resolução Normativa nº 63/2003 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Parágrafo sexto - Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária corresponderão aos percentuais indicados no presente convênio e legislação vigente e incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, não se confundindo com o reajuste financeiro anual.

17. CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DOS PROGRAMAS ASSISTENCIAIS

Os Programas Assistenciais da ASSEFAZ visam promover suporte à reabilitação, a manutenção da saúde e a qualidade de vida de seus beneficiários, concedendo atendimento multiprofissionais, sendo uma deliberação da ASSEFAZ, conforme critérios estabelecidos nesta cláusula e nos normativos referentes aos programas, observando-se as regras previstas nos regulamentos dos planos.

Parágrafo primeiro – Os Programas de Internação e Assistência Domiciliar são concedidos à critério da ASSEFAZ, desde que atendidos os requisitos técnicos estabelecidos e reconhecidos pelos Órgãos públicos responsáveis.

Parágrafo segundo – Nos casos em que houver indicação para internação ou assistência domiciliar de pacientes hospitalizados, esses serão avaliados pela equipe técnica da ASSEFAZ à beira leito, que serão avaliados conforme os seguintes critérios:

- I. Clínicos e epidemiológicos;
- II. Geográficos; e
- III. De custo.

Parágrafo terceiro – O beneficiário somente será admitido no programa mencionado no parágrafo anterior após a assinatura do Termo de Consentimento e Adesão.

Parágrafo quarto – Quando ultrapassar 30 (trinta) dias de atendimento domiciliar, contínuos ou não, nos 12 (doze) meses de vigência contados da assinatura do Termo de Consentimento e Adesão mencionado no parágrafo terceiro, será cobrada, independentemente se utilizado pelo beneficiário TITULAR, por seus

DEPENDENTES e AGREGADOS inscritos, a coparticipação crescente, mensalmente, a partir do prazo retro, sendo: 10 % (dez por cento) no primeiro mês 20% (vinte por cento) no segundo mês e 30% (trinta por cento) a partir do terceiro mês.

Parágrafo quinto – Os cuidadores são de responsabilidade do beneficiário e/ou seu responsável, sendo o respectivo custo de exclusiva responsabilidade deles. Vedado o repasse à ASSEFAZ.

18. CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DAS OBRIGAÇÕES DA ASSEFAZ

1. viabilizar aos beneficiários conveniados inscritos, as coberturas de assistência ambulatorial e hospitalar previstos no Plano de Saúde escolhido pelo beneficiário, em nível nacional, por intermédio da rede de serviços contratados;
2. administrar o comando das inclusões, exclusões e reinclusões, assim como das participações no custeio dos serviços utilizados pelos beneficiários;
3. fornecer em meio digital, o Cartão de Identificação aos beneficiários conveniados do Plano de Saúde;
4. manter sistema informatizado de controle de arrecadação e de gastos;
5. disponibilizar aos órgãos do PATROCINADOR, periodicamente, a relação da rede de prestadores de serviços e as demais informações pertinentes no site da ASSEFAZ;
6. designar setor responsável pelo relacionamento com o PATROCINADOR;
7. Ficar a cargo da gestão e atenção sobre o tratamento dos dados pessoais dos servidores beneficiários, inclusive por meios digitais, com o objetivo de proteger os direitos fundamentais de liberdade e privacidade, conforme dispõe a lei N.º 13.709, de 14 de agosto de 2018.

19. CLÁUSULA DÉCIMA NONA - DAS OBRIGAÇÕES DOS ÓRGÃOS DO PATROCINADOR

1. indicar um servidor/setor para gestão do presente convênio, bem como um servidor/setor de cada órgão do patrocinador para ser o responsável pela interlocução com a ASSEFAZ, conforme previsto na Cláusula Vigésima Sexta.
2. informar, de maneira clara e precisa aos servidores e pensionista do órgão do PATROCINADOR, o procedimento para inscrição nos planos administrados pela ASSEFAZ;
3. fornecer quantitativo de servidores ativos, inativos e pensionistas aptos a inscreverem-se nos Planos de Saúde, caso solicitado pela ASSEFAZ, na forma prevista na Cláusula Vigésima Sexta.
4. Informar, mensalmente à ASSEFAZ os beneficiários titulares que forem excluídos da cobertura patronal (exonerados sem justa causa);
5. Informar se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
6. Informar se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto do artigo 22 da Resolução Normativa N.º 279, da ANS, de 24 de novembro de 2011;
7. Informar se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
8. Informar por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano privado de assistência à saúde;
9. Informar ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, ou aposentado o direito à manutenção da condição de beneficiário, atentando-se ao prazo de 30 (trinta) dias a contar do recebimento da comunicação inequívoca feita pelo órgão do PATROCINADOR;
10. Informar se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição;
11. Informar e comprovar o envio da comunicação inequívoca aos servidores demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados, condição indispensável para que a ASSEFAZ aceite e cumpra a efetivação dos pedidos de exclusão de beneficiários;
12. divulgar em âmbito institucional, nos meios de comunicação disponíveis ao PATROCINADOR, as campanhas, informações e orientações sobre os planos de saúde e demais benefícios ofertados pela ASSEFAZ;
13. disponibilizar à ASSEFAZ, espaço físico para captação de adesões aos planos de saúde, nos primeiros 30 (trinta) dias iniciados na assinatura deste Convênio, anualmente no aniversário do presente instrumento, ou em períodos acordados entre as partes;
14. disponibilizar espaço físico e meios de comunicação internos para a promoção de campanhas preventivas que visem à saúde física e mental dos servidores;

15. apoiar as ações necessárias à prevenção da doença e a recuperação, manutenção e reabilitação da saúde, observados o disposto no Art. 35-F da Lei 9.656/98, com a disponibilização de espaço físico para realização das ações de saúde em favor de seus patrocinados e grupo familiar. Assim como, autorizar seus patrocinados a participar das ações de promoção e prevenção realizadas pela ASSEFAZ nas suas dependências;
16. repassar à ASSEFAZ os valores de contribuição e coparticipação previstos na Cláusula Décima quinta.

20. CLÁUSULA VIGÉSIMA - CONTRIBUIÇÃO SOCIAL

É facultado ao beneficiário titular utilizar os serviços sociais de recreação e lazer da ASSEFAZ mediante o pagamento de contribuição mensal/social.

Parágrafo primeiro - para obtenção do serviço é necessário realizar adesão e efetuar o pagamento de mensalidade conforme tabela própria.

Parágrafo segundo - o valor da contribuição prevista nesta cláusula é definido pelo Conselho Deliberativo e poderá ser reajustado anualmente, inclusive, em data diferente do plano de saúde.

Parágrafo terceiro - os serviços são extensivos ao grupo familiar limitado até o QUARTO GRAU de parentesco consanguíneo, até o SEGUNDO GRAU de parentesco por afinidade, criança ou adolescente sob guarda ou tutela, curatelado, cônjuge ou companheiro (a).

21. CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DA VIGÊNCIA

O presente Convênio entrará em vigor na data de sua assinatura, com vigência de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado mediante termo aditivo, por interesse das partes, por iguais períodos, até o limite de 60 (sessenta) meses.

22. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA - DA DENÚNCIA/ RESCISÃO

O presente convênio poderá ser rescindido motivadamente a qualquer tempo, desde que haja a prévia notificação por escrito a outra parte, ou em face da superveniência de impedimento que o torne formal ou materialmente inexecutável.

Parágrafo Primeiro – Caso qualquer das partes venha a denunciar o presente convênio, a prestação da assistência à saúde aos beneficiários, somente poderá ser encerrada, após o recebimento de prévia notificação ao beneficiário titular, com a antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Parágrafo segundo – A comunicação prévia mencionada no parágrafo anterior poderá ser realizada de todas as formas legais e vigentes de comunicação, tais como, carta com AR, e-mails, ligações telefônicas, mensagens de aplicativos de smartphones e outros.

Parágrafo terceiro – Após o prazo estabelecido para a rescisão, não caberá à ASSEFAZ qualquer obrigação em relação à prestação de serviços estipulados neste Convênio.

Parágrafo quarto - No período de 60 dias após a denúncia do presente CONVÊNIO, será mantida a prestação dos serviços aos Beneficiários vinculados aos órgãos do PATROCINADOR.

Parágrafo quinto - O PATROCINADOR e o beneficiário deverão continuar responsáveis pelos os valores previstos nas Cláusulas Décima Segunda e Décima Quinta pelo período de 60 (sessenta) dias após a denúncia do convênio.

23. CLÁUSULA VIGÉSIMA TERCEIRA - DA GESTÃO PARTICIPATIVA

O PATROCINADOR participará da administração da ASSEFAZ na forma definida em seu Estatuto e Regimento, que prevê assento no Conselho Deliberativo, de dois representantes, titular e suplente, dos órgãos

PATROCINADORES da ASSEFAZ, eleitos a cada três anos, pelos representantes legais dos PATROCINADORES, dentre aqueles que se candidatarem e preencherem os requisitos.

Parágrafo único. Cada candidato deverá encaminhar seu currículo profissional e cada órgão do PATROCINADOR terá direito a um voto. Os dois candidatos mais votados serão, respectivamente, titular e suplente.

24. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUARTA - DA GESTÃO DO CONVÊNIO

A gestão do presente Convênio será exercida pela Coordenação de Convênios de Patrocínio da ASSEFAZ, e pelo setor indicado pelo PATROCINADOR, que tem como responsabilidade observar seu bom andamento e resolver as falhas que, porventura, possam existir durante a execução deste Instrumento Jurídico.

Parágrafo único. O gestor do convênio indicado pelo PATROCINADOR disposto no caput, indicará os interlocutores dos órgãos da Administração Pública direta.

25. CLÁUSULA VIGÉSIMA QUINTA - DO SIGILO DOS DADOS

As partes se denominam e se qualificam como Controlador e Operador, respectivamente, no tratamento e compartilhamento dos dados pessoais, para atendimento do objeto estipulado no presente convênio.

Parágrafo primeiro – A ASSEFAZ adotará práticas de segurança, quanto aos dados coletados em formulários impressos ou digitais por websites, colaboradores, prestadores de serviços administrativos e de saúde, operados e controlados pela ASSEFAZ.

Parágrafo segundo – Ao disponibilizar ou fornecer dados pessoais sensíveis à ASSEFAZ, o PATROCINADOR aceita os termos e condições desta Política de Privacidade.

Parágrafo terceiro – Com objetivo de proteger os dados pessoais e dados pessoais sensíveis, a ASSEFAZ adotará as práticas de segurança para que a base de dados não seja acessada indevidamente ou, de alguma forma, violada, evitando assim vazamento de informações e incidentes de segurança da informação.

26. CLÁUSULA VIGÉSIMA SEXTA - DAS RESPONSABILIDADES NO TRATAMENTO, NA PROTEÇÃO, COLETA E ARMAZENAMENTO DE DADOS

A ASSEFAZ, ao coletar dados pessoais e dados pessoais sensíveis, como nome, endereço, carteira de identidade, Cadastro de Pessoas Físicas, estado civil, entre outros, dos servidores vinculados ao PATROCINADOR, objetiva exclusivamente a intenção de registrar no seu sistema de cadastro, a condição de beneficiário.

Parágrafo primeiro – Os dados dos beneficiários vinculados aos órgãos do PATROCINADOR serão utilizados sob forma de tratamento para prestar serviços de assistência à saúde, responder demandas dos órgãos reguladores, responder demandas judiciais, atender solicitações aos órgãos do PATROCINADOR via relatórios-família, e a pedido do setor de auditoria interna da ASSEFAZ, bem como, para atender serviços de auditoria externa.

Parágrafo segundo – Os dados compartilhados entre a ASSEFAZ e o PATROCINADOR são aplicáveis à base de dados pessoais tratados pela ASSEFAZ, em decorrência da relação contratual previamente estabelecida com os membros beneficiários.

Parágrafo terceiro – As partes declararam, por este Instrumento, por si, por seus representantes, colaboradores e por quaisquer terceiros que por sua determinação participem da prestação de serviços, objeto desta relação que cumprem toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal N.º 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto N.º 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei N.º 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema que assumem as seguintes responsabilidades:

I. Manter absoluto sigilo sobre quaisquer dados, documentos, informações técnicas, comerciais ou pessoais que tenham conhecimento, acesso, ou que lhes sejam confiados, não podendo, sobre qualquer pretexto, direta ou indiretamente, divulgar, revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento de tais informações a terceiros, ressalvados os casos definidos em lei ou por expressa determinação judicial;

II. Comunicar à outra parte, no prazo máximo de quarenta e oito horas úteis, qualquer incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante à outra parte, aos dados pessoais e/ou aos seus titulares, mencionando no mínimo o seguinte:

- a. a descrição da natureza dos dados pessoais afetados;
- b. as informações sobre os titulares envolvidos;
- c. a indicação das medidas técnicas e de segurança utilizadas para a proteção dos dados, observados os segredos comerciais e industriais;
- d. os riscos relacionados ao incidente;
- e. os motivos da demora, no caso de a comunicação não ter sido imediata;
- f. as medidas que foram e serão adotadas para reverter ou mitigar os efeitos do prejuízo.

III. Responder pelos danos que eventualmente causar, decorrente do descumprimento das instruções lícitas dadas entre as partes e/ou deste convênio, em relação às cláusulas da LGPD e demais legislações aplicáveis.

IV. Confirmado o dano, a parte que o ocasionou deverá ressarcir a outra parte as despesas, honorários de advogados, custas processuais e eventuais pagamentos de indenização, efetivamente ocorridos em decorrência da possível violação;

V. As partes se comprometem a limitar o acesso aos dados pessoais compartilhados;

VI. Caberá, tanto a ASSEFAZ como ao PATROCINADOR, manter o registro do tratamento dos dados pessoais decorrentes da prestação dos serviços previstos neste convênio;

VII. Fica certo e ajustado que nenhuma cláusula de limitação de responsabilidade que tenha sido pactuada entre as partes em outros contratos poderá ser invocada, no sentido de limitar o dever de indenização previsto neste convênio;

VIII. Em caso de incidente de segurança que possa acarretar risco ou danos relevantes ao titular, a parte responsável pelo tratamento dos dados comunicará ao Titular e à Autoridade Nacional de Proteção de Dados, em conformidade com o disposto no artigo 48 da Lei n.º 13.709/2018;

IX. Qualquer omissão ou tolerância das partes em exigir o fiel cumprimento dos termos e condições tanto do convênio como do plano de trabalho, não constituirá novação ou renúncia, nem afetará o direito da parte de exigir seu cumprimento a qualquer tempo;

X. As partes se comprometem a manter de forma irrevogável e irretroatável, a obrigação de não revelar, reproduzir, repassar, expor ou divulgar, sob qualquer meio, pretexto, fundamento ou justificativa, as informações e os dados a que, por qualquer razão tiverem acesso, compartilhem ou tratem, bem como de manter a confidencialidade quanto ao que for de conhecimento durante a vigência do convênio de prestação de serviços celebrado.

Parágrafo quarto – A ASSEFAZ, parte responsável pela prestação dos serviços que é objeto deste Instrumento Jurídico, e em conformidade com a LGPD, assume as seguintes responsabilidades no papel de agente CONTROLADOR dos dados dos seus beneficiários:

I. fornecer aos órgãos do PATROCINADOR, conforme previsto na cláusula das obrigações da ASSEFAZ, dados dos beneficiários, sempre que solicitado e que sejam suficientemente necessários ao escopo da prestação de serviços definido neste Instrumento e em conformidade com as regras previstas na LGPD;

II. garantir que os dados enviados para os órgãos do PATROCINADOR sejam realizados de maneira segura e protegida;

III. compartilhar com os órgãos do PATROCINADOR, exclusivamente, dados necessários para cumprimento das obrigações recíprocas, conforme definido neste Instrumento jurídico;

IV. resguardar os dados coletados que permanecerão armazenados pelo prazo de vigência do presente contrato, e após, somente para atendimento aos prazos legais e regulatórios;

V. garantir que os dados que permanecerem armazenados para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, não poderão ser utilizados para finalidade diversa;

VI. se comprometer a apresentar relatório das atividades de tratamento dos dados pessoais, decorrentes da prestação dos serviços objeto do presente contrato, sempre que solicitado pelo PATROCINADOR, e vice-versa, ou por qualquer autoridade reguladora que atue na proteção de dados pessoais, nos termos do artigo 5º, XVII, artigo 10, §3º e artigo 38 da Lei n.º 13.709/2018.

27. CLÁUSULA VIGÉSIMA SÉTIMA - DA MIGRAÇÃO

Fica autorizada a migração dos beneficiários ativos que estejam com convênios de patrocínio vigentes com a ASSEFAZ – Fundação Assistencial dos Servidores do Ministério da Fazenda, mediante expressa manifestação do representante do órgão patrocinador não podendo haver solução de continuidade das obrigações por parte da ASSEFAZ e assumindo a União, as obrigações do órgão ou da entidade, nos termos desse convênio.

Parágrafo Único. Ocorrendo a migração prevista no caput, os instrumentos anteriores deverão ser rescindidos em até 60 (sessenta) dias, a contar da manifestação do órgão patrocinador.

28. CLÁUSULA VIGÉSIMA OITAVA - DA FISCALIZAÇÃO

A Secretaria de Gestão e Desempenho de Pessoal, na qualidade de órgão central do SIPEC, designará dois servidores, titular e suplente, os quais competirão fiscalizar a execução do convênio, nos termos do art. 67, da lei nº 8.666/93, da IN nº 05 de 26 de maio de 2017 e pela Portaria Interministerial nº 424, de 30 de dezembro de 2016.

29. CLÁUSULA VIGÉSIMA NONA - DOS ANEXOS

São parte integrante deste convênio os seguintes anexos:

- I. o plano de trabalho;
- II. a tabela de valores dos planos de saúde.
- III. regulamento dos planos de saúde.

Parágrafo único – O plano de trabalho deve ser assinado juntamente com este Instrumento Jurídico.

30. CLÁUSULA TRIGÉSIMA - DA PUBLICAÇÃO

Caberá ao PATROCINADOR providenciar, como condição de eficácia, a publicação deste Convênio, em extrato no Diário Oficial da União, nos termos do parágrafo único do artigo 61 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

31. CLÁUSULA TRIGÉSIMA PRIMEIRA - DO FORO

Fica eleito o foro da Justiça Federal, Seção Judiciária do Distrito Federal, por força do inciso I do art. 109 da Constituição Federal, para dirimir as dúvidas no decorrer da execução do presente Convênio, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Para validade do pactuado, firmou-se este instrumento em 2 (duas) vias de igual teor e forma, com um só efeito, na presença das testemunhas assinadas, para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Documento assinado eletronicamente

Assinatura do representante legal do PATROCINADOR

Secretário de Gestão e Desempenho de Pessoal, da Secretaria Especial de Desburocratização, Gestão e Governo Digital, do Ministério da Economia - Órgão central do SIPEC

Documento assinado eletronicamente
Assinatura do representante legal do CONVENENTE

Testemunhas:

Documento assinado eletronicamente

KELEN RODRIGUES DE OLIVEIRA

Chefe da Divisão de Benefícios

FERNANDA SANTAMARIA DE GODOY

Coordenadora-Geral de Remuneração e Benefícios

ALICE LIMA SILVA MOTTA

Diretora de Remuneração, Atenção à Saúde e Segurança do Trabalho



Documento assinado eletronicamente por **Fabio Teizo Belo da Silva, Secretário(a) Substituto(a)**, em 01/07/2022, às 20:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **GILDENORA BATISTA DANTAS MILHOMEM, Usuário Externo**, em 01/07/2022, às 21:13, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alice Lima Silva Motta, Diretor(a)**, em 01/07/2022, às 21:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Santamaria de Godoy, Coordenador(a)-Geral**, em 01/07/2022, às 21:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Kelen Rodrigues de Oliveira, Chefe de Divisão**, em 01/07/2022, às 21:24, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.economia.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **26084297** e o código CRC **78DF7091**.

